

## Prueba, Intervención Breve y Recomendación a Tratamiento Consentimiento Para Divulgar Información

Yo: \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Personal de salud/guardia nacional)  
a intercambiar información verbalmente y/o por escrito con \_\_\_\_\_  
(Individuo/Proveedor)

La naturaleza y cantidad de información compartida será tan limitada como sea posible, pero podría incluir:

- información de identificación personal
- recomendaciones de tratamiento
- participación y estado en la recopilación de datos de la Ley de Desempeño y Resultados del Gobierno (GPRA) de SBIRT
- resultados de análisis para la detección de drogas
- contactos asociados
- otro (especifique): \_\_\_\_\_

Este consentimiento es específico para mi participación en los servicios cubiertos por SBIRT y también puede incluir actividades como: control y evaluación de los servicios, contactos asociados y presentar reclamos ante el Departamento de Salud Pública de Iowa.

Comprendo que mis registros están protegidos por reglamentos federales que rigen la Confidencialidad de Registros del Paciente sobre el Abuso del Alcohol y las Drogas, 42 C.F.R. Parte 2 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164. Las leyes federales prohíben la divulgación de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o esté permitido por escrito de alguna otra forma. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

También comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto al punto en que se haya tomado una medida a partir del mismo, y que, en cualquier caso, este consentimiento vence automáticamente en la fecha en que se hayan procesado completamente mis facturas y requisitos de información relacionados con mi participación en SBIRT.

Comprendo que, en términos generales, un programa no puede condicionar mis servicios dependiendo de si firmo o no un documento para la divulgación de información. En las circunstancias especiales del proyecto voluntario SBIRT, sin embargo, comprendo que no puedo participar si no firmo una autorización para la divulgación de información.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

